

第8章

自殺対策における自治体職員のあり方

川崎市総合リハビリテーション推進センター所長 **竹島 正**

1 地域からのボトムアップの視点

自治体は、住民の福祉の増進を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担う。自治体職員は、自治体という地域、そしてその住民の福祉の向上のために、自治事務の一環として自殺対策を行う。さて、世界保健機関(WHO)は2018年に『自殺を予防する:地域の取組みを促進するためのツールキット』(WHO2018)を刊行した。ツールキットは、地域が自殺予防活動に取り組み、プロセスを自分たちのものとして、自殺予防の取組みを持続させるための手引きとして作成された。この手引きは、なぜ地域が自殺予防に重要なのかを述べており、自治体職員が自殺対策に取り組むうえで参考になるのでその概要を紹介する。

この手引きは、自殺予防は個人や家族にとって重要なだけでなく、地域のウェルビーイング (well-being)、ヘルスケアシステムや社会全体にも有益であるという。そして、政府は、包括的な多部門による国家的な自殺予防戦略を開発し実施するために自殺予防を先導する必要があるが、国内の地域によって自殺死亡率のばらつきがあることを踏まえると、政府によるトップダウンの自殺予防は、地域のボトムアップのプロセスと連携しなければならないと述べ、地域の自殺予防における役割を次のようにまとめている。

- ・ 地域は、脆弱な人に社会的支援を提供し、フォローアップケアに関わり、意識を高め、スティグマと戦い、自殺で遺された人々を支援することによって、自殺のリスクを低減し、保護因子を強化することができる。
- ・ 地域メンバーは、自殺や自殺企図事例の登録が重要であるという問題提起をすることもできる。
- ・ 地域メンバーや代表者は、自殺関連行動のリスクがある人々を

同定し、群発自殺が起こらないようにするという、いわゆる「ゲートキーパー」の役割を担うかもしれない。

- ・恐らく最も重要なこととして、地域は人々に所属感を与えることによって役立つことができる。
- ・地域における社会的支援は、社会的なつながりを構築し、困難なことに対処するスキルを向上させることで、脆弱な人を自殺から守ることができる。
- ・地域自体が、地元のニーズと優先課題を同定するのに最適の位置にあることを理解することが重要である。

わが国に当てはめてみよう。政府は、自殺対策基本法をもとに、政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺総合対策大綱を定めた。

都道府県、市町村の自殺対策計画は、地域、住民と共に歩む視点を持つものでなければならない。

2 自殺の定義など

厚生労働省による『令和5年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル』は、自殺を「死亡者自身の故意の行為に基づく死亡で、手段、方法は問わない」と定義している。

WHOは2014年刊行の『自殺を予防する:世界の優先課題』(WHO2014)に基本的な用語の定義を掲載した。それによると、自殺 (suicide) は故意に自ら命を絶つ行為、自殺企図 (suicide attempt) は非致死的な自殺関連行動を意味し、死ぬ意図があったか、結果として致死的なものかどうかに関わらず、意図的な服毒や損傷、自傷行為を指すとしている。また、自殺関連行動 (suicidal behavior) は、自殺のことを考えたり (自殺念慮)、自殺を計画したり、自殺を企図したり、

そして自殺そのものを示すとしている。

自殺という言葉は、誤解や偏見が染みついているとして、自死遺族からは統計や法律以外については「自殺」から「自死」への言葉の変換を求める意見がある。

自殺対策という言葉は、2006年の「自殺対策基本法」の成立までほとんど使われることはなかった。これまでの自殺予防は精神保健の視点が強いとして、社会的な支援や遺族支援を含む取り組みであることを明示するために「自殺予防総合対策」という言葉が生まれ、それを短くして「自殺対策」としたのであろう。あるいはこれまでと異なる革新的なものという主張から生まれたのかもしれない。しかし英語圏の自殺予防（suicide prevention）はそもそも社会的な取り組みや遺族支援を含むものである。ここから言えば、筆者の理解では自殺予防と「自殺対策」は同義と考えてよい。

3 自殺の実態をどのように把握するか

2017年以降の自殺総合対策大綱には「地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する」と謳われている。PDCAサイクルとは、Plan（計画）、Do（実行）、Check（確認）、Action（改善）を繰り返して業務を継続的に改善する方法をいう。このサイクルの始まりはCheck（確認）であり、自殺対策においては、地域でどのような自殺、自殺企図、自殺関連行動が発生しているのかを把握することに始まる。それぞれマクロ実態（統計ベース）とミクロ実態（事例ベース）のアプローチがある。それらを簡潔に述べる。

(1) 自殺

ア マクロ実態

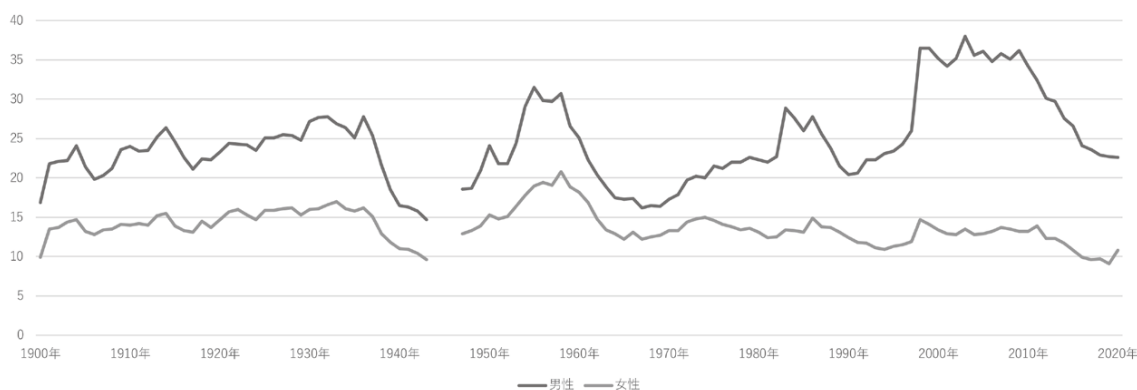
自殺のマクロ実態を把握するうえで、自治体職員の利用しやすい

情報には、人口動態統計による自殺死亡、警察庁による自殺統計、自殺実態プロファイルの3種がある。

人口動態統計は、統計法に基づく基幹統計であり、これによる自殺の動向は長期にわたる動向の観察が可能である。

図表8-1は人口動態統計に基づくわが国の1900年から2021年までの自殺死亡率（人口10万対の1年間の自殺者数）の推移である。これを見ると、120年にわたり、男性はおおむね20以上、女性はおおむね10から15の範囲で推移していることがわかる。

図表8-1 人口動態統計による自殺死亡率の長期推移



COVID-19の世界的流行下における若者や女性の自殺増加が話題になったが、若者の自殺死亡者数の急増は1950年代に大きな先例があり、女性の自殺が多いのはわが国の長期的・歴史的課題であった（竹島2023）。このように長期的な経緯を辿ることで、現在、課題となっていることへの理解を深めることができる。人口動態統計に基づく都道府県、二次医療圏、自治体別の自殺の統計としては、1973年から2012年までであれば「自殺対策のための自殺死亡の地域統計」¹⁾が利用可能である。

警察庁「自殺統計」は、警察官が変死者または変死の疑いのある死体（変死体）を発見し、またはこれがある旨の届出を受けたときの調書（以下、「変死調書」）をもとに作成された自殺統計原票を集計したものである。自殺統計原票には自殺の原因・動機の分類があ

る。原因・動機は2007年に3つまで計上することになり、2022年には原因・動機を4つまで計上するとともに、その判断根拠について「遺書」「自殺サイト・メール等書き込み」と「その他の生前の言動（これを裏付ける資料がある場合に限る。）」から、「その他の生前の言動、家族等の証言（自殺の原因・動機と考えられるもの）」に拡大された。この変更により、その前後で自殺の原因・動機の年次推移を比較することは困難となった（Inoue et al.2023）。

自殺実態プロファイルは、自殺統計原票にある生前の居住地を利用して、自殺統計原票を集計したもので、2009年以降の自殺者数の推移、地域の自殺者の特徴を年齢階級別（20～39歳、40～59歳、60歳以上）、職業の有無、同居と別居の別によって上位5位まで示している。これは自殺総合対策大綱に「国は、指定調査研究等法人において、全ての都道府県及び市町村それぞれの自殺の実態を分析した自殺実態プロファイルを作成し、地方公共団体の地域自殺対策計画の策定・見直しを支援する」と述べられていることを踏まえたものである。

図表8-2にそれぞれの特徴をまとめた。自治体職員はそれぞれの統計の特徴を理解したうえで適切に利用することが望まれる。

図表8-2 人口動態統計、自殺統計、自殺実態プロファイルの比較

	厚生労働省「人口動態統計」に基づく統計	警察庁「自殺統計」	自殺実態プロファイル
統計法上の位置づけと公表者	統計法上の基幹統計である「人口動態統計」を自殺について分析したもの	統計法に基づく政府統計一覧に掲載されていない行政情報。警察庁「自殺統計」をもとに厚生労働省自殺対策推進室作成	自殺統計原票をもとにしている。「いのちを支える自殺対策推進センター」が全自治体に提供
調査対象	日本における日本人	総人口（日本における外国人も含む。）	同左
調査時点	住所地を基に死亡時点で計上	自殺統計原票による発見地（正確には認知）で計上	自殺統計原票による発見地（正確には認知）で計上したものを生前の居住地で集計
事務手続き上の訂正報告	自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明のときは自殺以外で処理しており、死亡診断書等について作成者から自殺の旨訂正報告がない場合は、自殺に計上していない	死体発見時に自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明のときには、検視調査または死体見分調査が作成されるのみであるが、その後の調査等により自殺と判明したときは、その時点で計上する	同左
統計の連続性	1900(明治32)年以降の統計が公表されている。	警察庁生活安全局地域課によって「自殺の概要資料」として公表されてきた。2022(令和4)年の自殺統計原票の見直しにより、2022年以前と以後の統計で自殺の原因・動機の正確な年次比較を行うことは極めて困難となった	2017年より「地域自殺実態プロファイル」を作成し、すべての都道府県・政令指定都市・市町村に提供。自殺の原因・動機について警察庁「自殺統計」と同じ問題がある
調査票の利用範囲	提供された集計表を利用するほか、行政機関、指定独立行政法人、研究者等は法に基づく手続きを経てデータの提供を受けて分析可能	統計法上の規定外であり、提供された集計表を利用するのみ（一部の都道府県では警察本部管内の自殺統計原票に基づくデータが提供され自殺対策に活用されている）	統計法上の規定外であり、提供された集計表を利用するのみ
備考	人口動態統計特殊報告において、国勢調査年の配偶関係別の自殺死亡率が公表されている		

イ ミクロ実態

2007年の自殺総合対策大綱には当面の重点施策として「実態解明のための調査の実施」の中に、社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査の実施が挙げられていた。これを踏まえ、自殺予防総合対策センターにおいて心理学的剖検の手法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」が実施された（松本ほか 2014）。2017年の自殺総合対策大綱の見直しによって心理学的剖検の手法を用いた調査にかかる記述はなくなり、研究事業は中止となった。自殺予防総合対策センターにおける心理学的剖検は中高年男性の自殺の多かった時期を反映したものであるが、現状に適したものに改訂して調査の再開が望まれる。

(2) 自殺企図

ア マクロ実態

自損行為による救急自動車の出動件数及び搬送人員の推移は消防庁「救急・援助の現況」に報告されている。全国規模の分析では『総務省消防庁が有する自損行為による救急搬送事例に関する分析－全国および都道府県別－』（2013年12月）¹がある。自治体は消防本部などの保有する情報を得ることが可能であるし、その分析を行うこともできる。川崎市では川崎市消防局と連携して自損救急搬送事例調査（高井ほか 2019）を行った。なお、警察庁「自殺統計」に自殺者の自殺未遂歴の有無があるが、これは変死調書をもとに作成されたもので、生涯の自殺未遂歴の有無をあらわすものではない。こ

1 一般社団法人自殺予防と自死遺族支援・調査研究研修センター「アーカイブズ」
<https://cspss.jp/archives.html>（最終閲覧日：2023年12月13日）

のほか自傷・自殺未遂レジストリ (JA-RSA)²は、自殺未遂や自傷により、救命救急センターに搬送された者に関する情報を登録・集積するシステムで、2022年12月より一般社団法人日本臨床救急医学会と指定法人が協働で運用している。

イ ミクロ実態

大規模なものでは、2006～2011年度に行われた自殺対策のための戦略研究 ACTION-Jがある。救急医療施設に搬送され入院となった自殺未遂者を対象とし、介入群（ケース・マネージメントを実施）、対照群の2群に割り付け、多施設共同、非盲検、無作為化比較試験を行ったものである。この研究の成果は診療報酬に反映されている。このほかにも各地において救急医療機関における自殺未遂者の対応などの調査が行われている。

(3) 自殺関連行動

ア マクロ実態

世界精神保健日本調査セカンドは2010年代半ばにおけるわが国の地域住民の精神疾患の頻度、受診行動、関連要因、社会生活・自殺行動などへの影響を、国民から無作為抽出された日本人の代表サンプルにおいて明らかにするもので、これまでに本気で自殺を考えた者は7.5%、これまでに自殺を試みた者は1.2%と報告している。また自殺関連行動のリスクは気分症または不安症がある場合に高かったと報告している³。また各地で行われている地域住民のここ

2 厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター「自傷・自殺未遂レジストリ (JA-RSA)」事業紹介 https://jscp.or.jp/news/230914_.html (最終閲覧日：2023年12月13日)

3 山内貴史、立森久照、川上憲人「わが国の一般地域住民における自殺関連行動に関する研究」『平成27年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド」総括・分担研究報告書』<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/22776> (最終閲覧日：2023年12月13日)

ろの健康に関する調査には、自殺を考えたことや相談の有無についての質問を設けたものがある。

イ ミクロ実態

自殺のことを考えること（自殺念慮）は、保健、医療、福祉、教育、労働などのさまざまな場面で日々経験されている。

4 わが国における自殺対策の経緯

(1) 1998年の自殺死亡急増前まで

1950年代の自殺死亡の急増期、加藤正明（国立精神衛生研究所）はわが国の自殺率が1954年から世界第1位になっていると警鐘を鳴らした。1970年に「自殺予防行政懇話会」が、1971年に「いのちの電話」が東京で発足した。前者は1983年に「日本自殺予防学会」に発展した。後者は1953年に英国国教会牧師チャド・ヴァラー（Edward Chad Varah）の始めた「失意の人の友となる（ビフレンジング）」をコンセプトに各国に電話相談が広がる中で生まれたもので、1977年には「日本いのちの電話連盟」が結成された。

わが国で初めて救命救急センターの認可を受けた日本医科大学付属病院では1975年から自殺未遂者支援が行われた。1985年には新潟県松之山町で松之山方式による保健医療福祉介入が始まった。

1991年のUN（国際連合）総会では自殺の問題の深刻さが認識され、国家レベルで自殺予防のための具体的な行動を開始することが提唱された。この提唱に基づき、WHOは1993年のカルガリーでの専門家会議をもとに『自殺予防：国家戦略の作成と実施のためのガイドライン』を公表した。このガイドラインは専門家会議に出席した高橋祥友によって我が国に紹介され、自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防に向けての提言」や自殺対策基本法に取り入れられた。この時期に始まる活動は、今日の自殺対策の基礎となった。

(2) 1998年の自殺死亡急増から2006年の自殺対策基本法前まで

1998年に自殺死亡者数は2.3万人から3.2万人に急増した。これに対して厚生省は2000年に「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」に「自殺者の減少」を取り入れ、2001年に自殺防止対策事業を開始した。2002年には「自殺防止対策有識者懇談会」を設置し、報告書「自殺予防に向けての提言」を取りまとめた。報告書は、ほとんどの自殺はうつ病などの精神疾患が背景にあることから、こころの健康問題についての国民への普及啓発や、地域や職域におけるうつ病等対策に早急に取り組むべきとした。その一方、自殺予防には、精神医学的観点のみならず、心理、社会、文化、経済などの観点からの多角的な検討と包括的な対策が必要とした。民間では、2001年に平山正実は遺族への直接または間接的なケアにたずさわるNPO法人グリーンケア・サポートプラザを設立した。2004年に清水康之はNPO法人自殺対策支援センターライフリンク(以下、「ライフリンク」)を発足した。2005年にはライフリンクや日本いのちの電話連盟などの民間12団体は「自殺総合対策の実現に向けて－自殺対策の現場から『国への5つの提言』－」を行った。これに対応して参議院厚生労働委員会は「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」を行った。また政府は自殺予防に向けての政府の総合的な対策を取りまとめた。2006年には超党派の「自殺防止を考える議員有志の会」(後の「自殺対策を推進する議員の会」)が結成され、自殺対策基本法の議員立法へと進んだ。社会の自殺問題への関心が高まり、さまざまな主体がそれぞれの視点から自殺対策に取り組むようになった。

(3) 自殺対策基本法公布後の自殺対策の発展期(2006年～2015年)

自殺対策基本法は2006年6月に公布、10月に施行された。多くの府省に関係することから自殺対策基本法は内閣府の所管となっ

た。国立精神・神経センター（NCNP）には自殺予防に向けての政府の総合的な対策を支援するため自殺予防総合対策センターが設置された。その業務は、情報発信、研修、調査研究、ネットワーク構築、民間支援、政策提言であった。2007年には政府の自殺対策の指針である自殺総合対策大綱が定められた。自殺予防総合対策センターは心理学的剖検の手法を用いた調査を開始した。民間では、「自死遺族支援全国キャラバン」（実行委員長 清水康之）が2007年から2008年にかけて行われ、ライフリンクの自殺実態解析プロジェクトチームは『自殺実態白書2008』を公表した。2007年には自死遺族の自助グループによる「全国自死遺族連絡会」が発足した。2009年には、政府は地域における自殺対策力の強化のため地域自殺対策緊急強化基金を造成した。これにより自治体への自殺対策の普及が急速に進んだ。

自殺死亡者数は2009年から減少傾向となり、2012年に自殺死亡者数が15年ぶりに3万人を下回った。2011年は3月には東日本大震災が発生し、自殺死亡は5月に一時増加したが、減少傾向に変化はなかった。2013年には、アルコール健康障害対策基本法、生活困窮者自立支援法が公布された。これらのほか、配偶者暴力防止法（2001）、がん対策基本法（2006）、貸金業法改正（2006）、ギャンブル等依存症対策基本法（2018）など、自殺の危険因子と関係する多くの法律ができたことは、自殺対策の厚みを増した。この時期、自殺死亡者数が3万人を超える状態が続くという緊張感と、自殺対策基本法、地域自殺対策緊急強化基金などの後押しにより、それぞれの主体の活発な活動が続いた。

（4）自殺対策基本法改正と厚生労働省移管後（2016年～）

2015年9月に「内閣の重要政策に関する総合調整等に関する機能の強化のための国家行政組織法等の一部を改正する法律」が公布

され、2016年4月に自殺対策基本法は厚生労働省に移管された。この時期、「自殺対策全国民間ネットワーク」、「自殺のない社会づくり市区町村会」は超党派の「自殺対策を推進する議員の会」に法改正を求め、おおむねこれに沿った内容で自殺対策基本法は改正された。

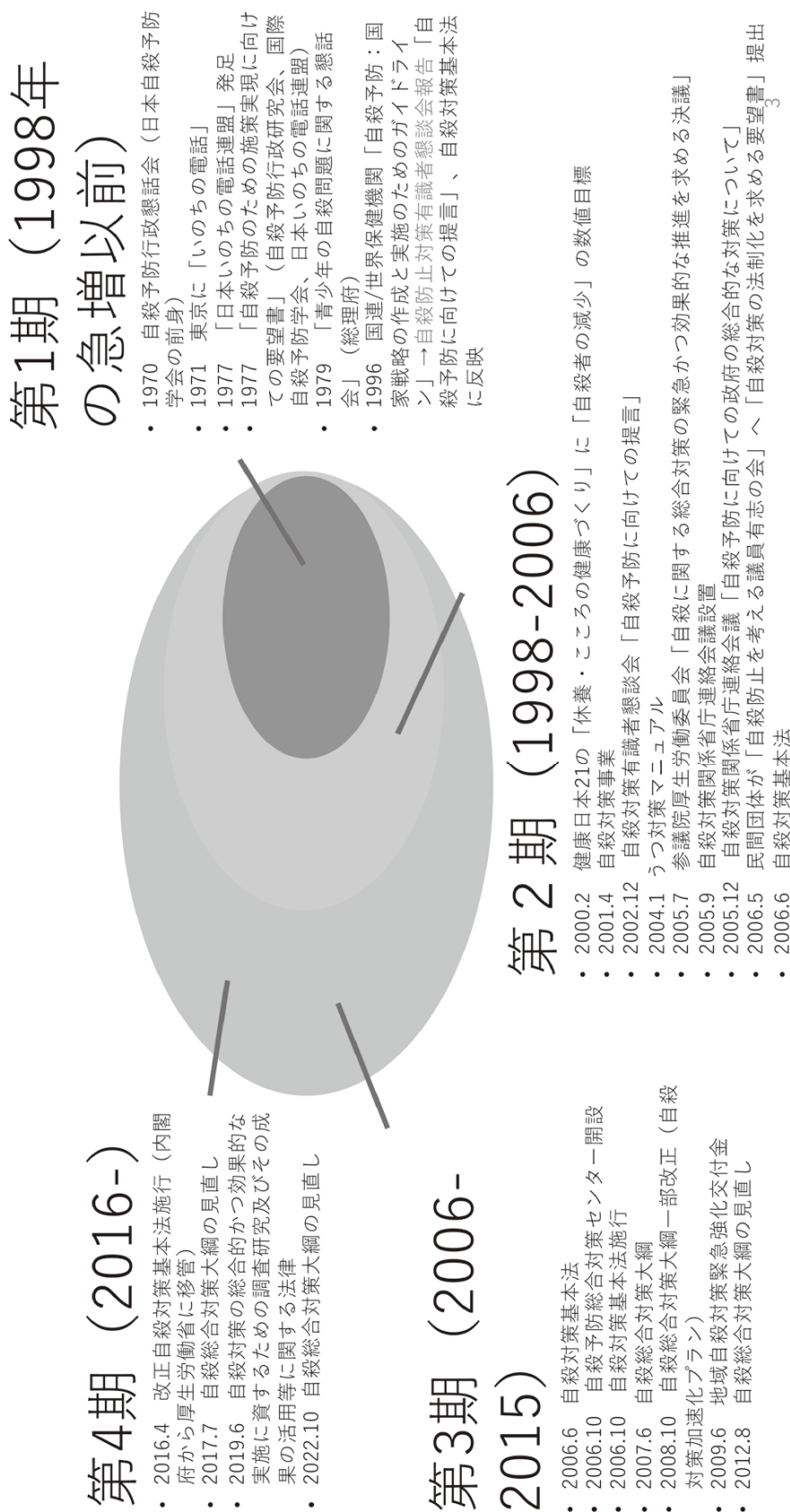
この改正によって、都道府県・市町村は自殺対策についての計画を定めることとされた。これと並行して2015年5月に厚生労働省において「自殺予防総合対策センターの業務の在り方等に関する検討チーム」が開かれ、NCNPにあった自殺予防総合対策センターは自殺総合対策推進センターに改組された。

自殺総合対策大綱は2017年に改訂となった。この改訂において、2012年大綱の「段階ごと、対象ごとの対策を効果的に組み合わせる」の中にあつた「全体的予防介入」、「選択的予防介入」、「個別的予防介入」という対象ごとの対策を効果的に組み合わせるという記述は削除された。この3つの介入の考え方は、公衆衛生の理論を踏まえたもので、WHOの『自殺を予防する：世界の優先課題』（WHO2014）にも掲載されており、現在も各地で参考にされているものである。

2019年には議員立法による「自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するための調査研究及びその成果の活用等に関する法律」が公布された。この法律は、自殺対策の総合的かつ効果的な推進のための体制整備として指定調査研究等法人の指定その他必要な事項を定めるものである。公募選考の結果、2020年2月、一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター（代表理事・清水康之）が指定された。これにより、多様な主体によって担われてきた自殺対策は国と指定法人に大きな権限を持たせる体制となった。これに対応した地域のボトムアップの体制構築が課題である。

わが国の自殺対策の経緯を図表8-3にまとめた。

図表 8-3 わが国の自殺対策の経緯



5 自殺リスクのモデル

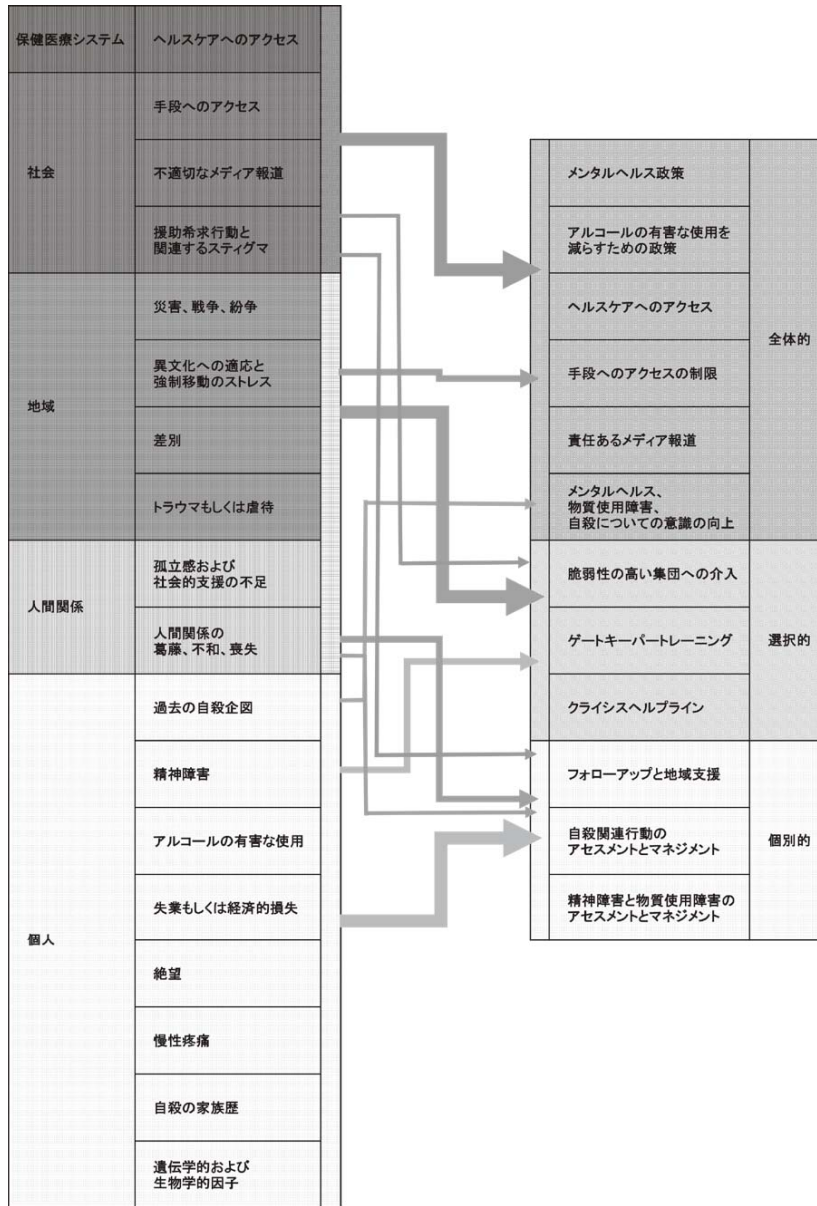
自治体で自殺対策を考えるには、自殺リスクと自殺に至るプロセスのモデルが役に立つ。これまでに報告されたモデルをいくつか紹介する。

『自殺を予防する：世界の優先課題』(WHO2014)は、自殺の危険因子を、①「保健医療システムや社会全体と関連する危険因子（保健医療などの必要なケアが受けにくいこと、自殺手段が入手しやすいこと、不適切なメディアの報道、精神保健・物質乱用の問題で援助を求める人々へのスティグマなど）」、②「地域や人間関係に関連する危険因子（戦争や災害、異文化への適応のストレス、差別、孤立感、虐待、暴力、葛藤のある人間関係など）」、③「個人レベルでの危険因子（過去の自殺企図、精神障害、アルコールの有害な使用、経済的な損失、慢性疼痛など）」の3つに大別している。

そしてこれらの危険因子に対応した自殺予防のための科学的根拠に基づく介入の理論的フレームワークとして、前述の「全体的予防介入戦略」、「選択的予防介入戦略」、「個別的予防介入戦略」を示した。

「全体的予防介入戦略」は、全人口に届くように計画され、健康を最大限に、自殺の危険を最小限にする。「選択的予防介入戦略」は、人口集団のうちの脆弱性の高い集団をターゲットとする。「個別的予防介入戦略」は、特定の脆弱性の高い個人をターゲットとする。

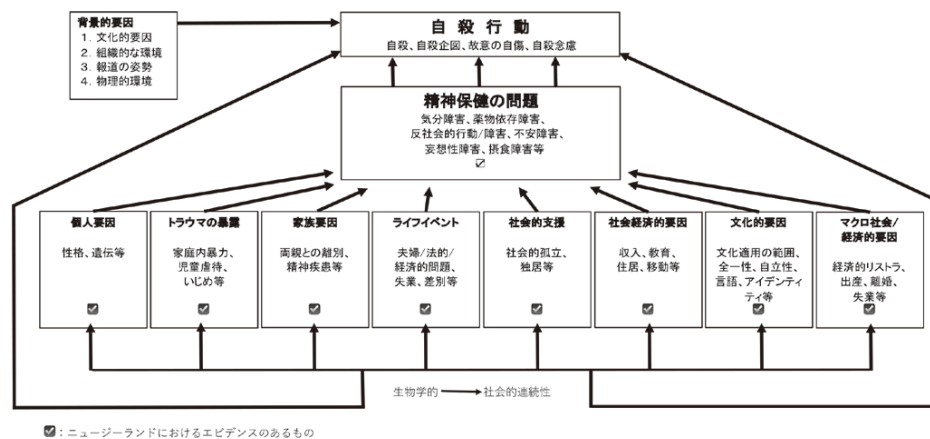
図表 8-4 主要な自殺の危険因子と関連する介入（WHO）



『ニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016』(N.Z.Ministry of Health 2006)は自殺行動に至る過程のモデルを掲載している。このモデルは、自殺行動に寄与する要因は、個人的要因から社会的要因まで広範にわたること、これらの要因は自殺行動に直接寄与する可能性があると同時に個人の精神保健上の問題への脆弱性に影響することにより間接的に寄与する可能性があることなどを示している(図表 8-5)。図の説明には精神疾患は自殺および自殺企図の70%以上を説明す

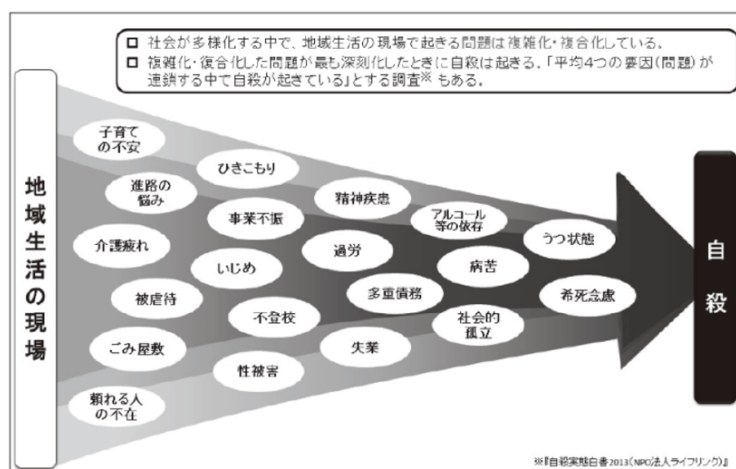
るとの記述があり、自殺予防には、多部門による広範なアプローチが必要と述べている。

図表 8-5 自殺行動に至る過程



ライフリンクは自殺で亡くなった 500 人とその遺族 500 人のあわせて 1,000 人を対象とした大規模な聴き取り調査をもとに、自殺で亡くなった人は平均 4 つの要因を抱え込み、「もう生きられない」「死ぬしかない」といった状況に追い込まれた末に亡くなっていることが明らかとなったとして、自殺の危機経路を公表した⁴。厚生労働省『「地域自殺対策計画」策定・見直しの手引』にはこれをもとにした「自殺の危機要因イメージ図」が紹介されている（図表 8-6）。

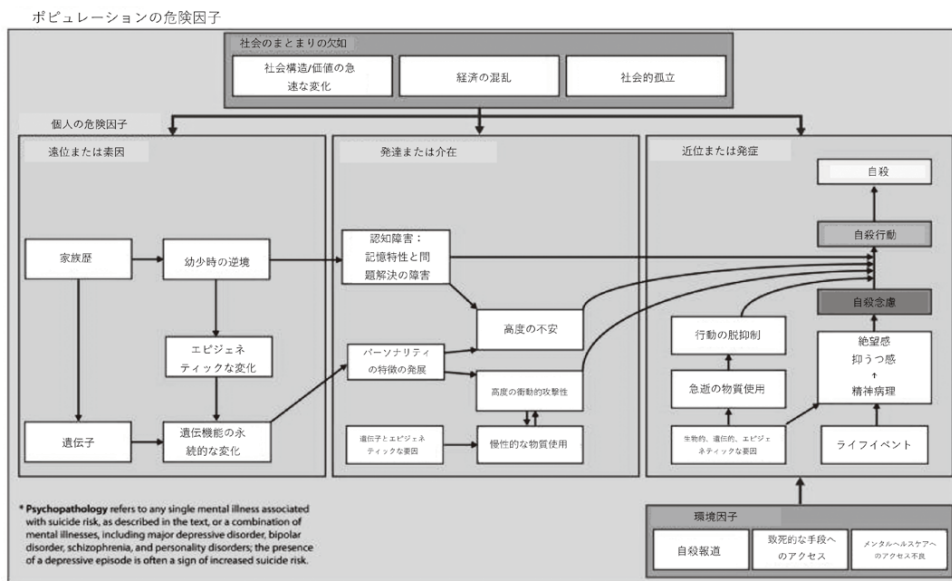
図表 8-6 自殺の危機要因イメージ図



4 特定非営利活動法人自殺対策支援センターライフリンク「自殺の実態」<https://lifelink.or.jp/report>（最終閲覧日：2023年12月13日）

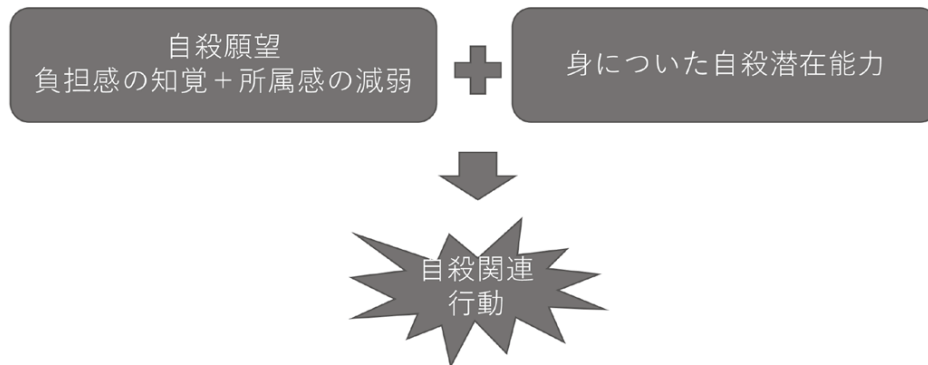
トゥレッキら (Turecki et al.2016)は個人の危険因子を「遠位または素因 (家族歴、幼少時の逆境など)」、「発達または介在 (認知/問題解決能力の障害、高度の不安、慢性的な物質使用など)」、「近位または促進 (ライフイベント、絶望感/うつ、急速な物質使用による行動の脱抑制など)」にまとめ、それはポピュレーションの危険因子である、「社会的なつながりのなさ」、「環境因子 (メディアの報道、自殺手段へのアクセス、メンタルヘルスケアへのアクセスの不足)」によって影響を受けるとした (図表 8-7。日本語訳は著者による)。

図表 8-7 自殺リスクのモデル (トゥレッキら)



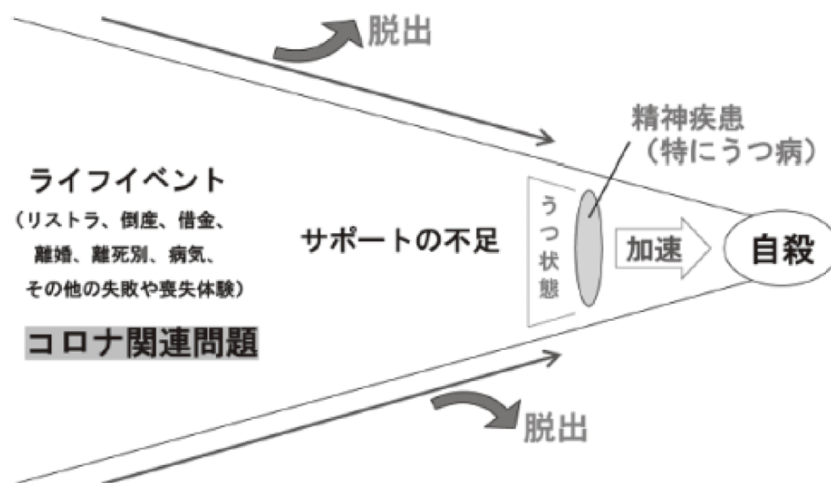
ジョイナー (Joiner) らは、自殺の対人関係理論において、自殺関連行動は「自殺願望」と、自殺を実行する能力である「身についた自殺潜在能力」が揃うことで生じるとした。自殺願望は、自分が周囲の人々や社会にとってお荷物であるという「負担感の知覚」と、家族や仲間、集団などの他者から疎外されているという感覚である「所属感の減弱」という、対人関係に関連した心理状態が持続的かつ同時に起きている場合に生じるとした (松長・北村 2016)。

図表 8-8 自殺の対人関係理論 (ジョイナーら)



張賢徳は「ライフイベント→自殺」の自殺プロセス図 (張 2021) を示している。このプロセスは、さまざまな職種や活動が何らかのゲートキーパーになれることを表わしている。

図表 8-9 自殺プロセス (張賢徳)



このほかにもさまざまな自殺リスクのモデルがあるが、ひとつの調査や研究ですべての自殺のメカニズムがわかるものはない。各自治体では、これらのモデルも参考に、自殺対策連絡協議会などを利用して、自分たちの取組みに適したモデルを検討するのがよいだろう。その検討自体がボトムアップの自殺対策の構築に役立つ。

6 自治体における取組み

筆者らは、2019年に、全国の47の都道府県および20の政令指定都市のウェブサイトに掲載された自殺対策計画の数値目標に関する記載を分析した（竹島ほか2021）。その結果、全国の都道府県・政令指定都市67か所のうち63か所（94.0%）の計画において自殺死亡率の数値目標を設定していたことが判明した。また、大綱と同等の数値目標を設定していたのは31か所（46.3%）、大綱と異なる数値目標を設定していたのは36か所（53.7%）であった。自殺死亡率以外の目標値等を設定していたのは16か所（23.9%）であった。この結果は自治体の主体的な取組みの一面を示すものと考えられる。

次に筆者の関与した東京都文京区（人口22万人）、大阪府八尾市（人口27万人）の自殺対策計画を示す。

東京都文京区では、「東京都自殺総合対策計画（2023年3月策定）」の内容を踏まえるとともに、上位計画である「『文の京』総合戦略」、関係する他の計画などとの整合性・連携を図りながら「文京区自殺対策計画」の策定を進めている。計画の基本理念は、区の自殺の現状に応じた施策の推進と関係機関との連携を強化し、誰もが安心して暮らせる文京区である。計画の目標には、自殺対策の基盤となる活動や連携体制の構築、自殺死亡率の減少傾向の維持を目標に掲げ、自殺対策推進の取組み（啓発周知、人材育成、ネットワーク、相談・支援）に対応した数値目標を掲げている。

大阪府八尾市は、上位計画である八尾市総合計画のもと、自殺対策基本法や大阪府自殺対策計画などを踏まえ、「八尾市自殺対策推進計画」を策定し、八尾市の関連計画とも整合性を図りながら計画を推進するとしている。八尾市は“ほっとかれへん”という八尾の良さを最大限に発揮して、「～ほっとかれへん、自殺予防はみんなの思い～」を合言葉に、市民の誰もが自殺に追い込まれることのない

い社会の実現を目指している。計画の目標は、第一次計画では単年の自殺死亡率の減少を目指していたが、偶然変動の影響が大きいことから「自殺死亡率（3ヶ年平均）の減少」を目標とした。また基本施策5つに対応した評価指標を掲げている。

7 自治体にとって大切なこと

自殺対策は時間をかけて成熟させていくものだ。すなわち持続可能なものとして定着していくプロセスこそ重要である。厚生労働省は『「地域自殺対策計画」策定・見直しの手引』（以下、「策定・見直しの手引き」）を公開しているが、それに沿って計画を立てるだけでは自殺対策はその自治体のものにはならない。自殺対策にとって大切なのは「考えること」である。

計画づくりを例にとってみよう。自殺のマクロ実態の把握に、人口動態統計による自殺死亡、警察庁による自殺統計、自殺実態プロフィールのいずれを使用するとしても、これだけでは個別の自殺で亡くなった人の実像は見えてこない。一つひとつの事例の質的な分析を重ねることによって実像がつかめてくる。分析の際、本稿で紹介したような自殺リスクのモデルが役立つかもしれない。

自殺対策に関連する事業をリスト化することは多くの自治体で行われているが、既存事業をリストにまとめるだけでは自殺対策にならない。自殺対策に大切なのは基盤整備である。例えば5年間の計画期間にどのような基盤整備ができるかを考えてみよう。自殺対策基本法第2条の基本理念を達成するプロセスを自殺対策と考えて、自分たちが発展させたいものを重点課題として、それを達成するよう一歩ずつ進めたい。そのプロセスで生まれるつながりやネットワークは自殺対策を持続可能なものにする。

自殺の動向や自殺対策計画の目標値に自殺率を使用する場合、人

口規模によっては変動が大きいために変化の観察が困難となる。こうした場合は、3年間もしくは5年間の自殺率の平均値を使用することによって観察しやすくなる。

自殺予防とは、さまざまな困難を抱えたひとの、そのひとの本来の自由を回復する取組みであり、それを可能にする地域づくりである。自殺対策に目を向けると、多様な困難をかかえた人の連携支援をしやすい仕組みづくりである。そのためには、自治体職員を含めて、市民の自殺やメンタルヘルスの問題についての理解を高めるとともに、遺族が多様な問題に直面することを理解し、総合支援を構築していく必要がある。

8 今後の課題

2026年に自殺対策基本法は20周年を迎える。筆者らはこれに向けて、自殺対策基本法に挙げられている基本的施策のこれまでの達成をまとめ、今後取り組むべき課題を明らかにするための検討を進めている。そこから浮かび上がってきた課題を紹介する。

(1) 自治体などの協働によるボトムアップの透明・公平な推進体制づくり

WHOは政府によるトップダウンの自殺予防は、地域のボトムアップのプロセスと連携しなければならないと述べている。わが国においても各地の取組みが発展してきたが、これを支え、発展させる自治体などの協働のボトムアップの透明・公平な推進体制づくりが必要である。

(2) 自殺対策の政策決定プロセスへの自死遺族の参加促進

国際連合の「障害者の権利に関する条約」は「私たちのことを私

たち抜きで決めるな (Nothing about us without us)」を合言葉に世界中の障害当事者が参加して作成され、2006年に国連で採択された。これと同様、自殺対策の政策決定プロセスへの当事者（自死遺族など）の参加は当然の方向であり、自治体においてもこれを支援していく必要がある。

(3) 群発自殺の防止（自殺対策の安全性）

これまでの研究から、若年者は、群発自殺を起こしやすいことが明らかにされている。自殺対策が群発自殺のリスクを高めることのないような工夫や取組みの研究と実践を重ねる必要がある（竹島2023）。

(4) 定義、用語問題の検討（自殺対策、自殺、自死など）

自死遺族から統計や法律以外については「自殺」から「自死」への言葉の変換を求める意見があることはすでに述べた。自殺対策基本法にある事前予防、危機対応、事後対応は英語の「プリベンション」(prevention)、「インターベンション」(intervention)、「ポストベンション」(postvention)の日本語訳であろう。本来、自殺未遂者支援は「インターベンション」(intervention)であろうが、自殺対策基本法では事後対応に含まれていて、このために自殺未遂者支援の取組みは進んでいない。これらを含めて、定義、用語が適切かどうかの率直な議論を行う必要がある。これもまた自殺対策の重要な側面である。

おわりに、自殺対策の発展には、自治体、研究者、自死遺族、地域の支援者の協働によるボトムアップの透明・公平なネットワークが必要であり、その立ち上げが望まれる。

参考資料

- Inoue, Ken, and Tadashi Takeshima, Takashi Yamauchi, Tatsushige Fukunaga (2023) An urgent problem: the major revisions of suicide statistics in Japan greatly hamper the research. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*,39: 100852 ([https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanwpc/PIIS2666-6065\(23\)00170-0.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanwpc/PIIS2666-6065(23)00170-0.pdf)) (最終閲覧日：2023年12月13日)
- N.Z.Ministry of Health (2006)：The New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006_2016 (自殺予防総合対策センター日本語訳「ニュージーランド自殺予防戦略2006-2016」) <https://cspss.jp/archives.html> (最終閲覧日：2023年12月13日)
- Turecki, Gustavo, Brent, David A., Suicide and suicidal behaviour, *Lancet*. 2016 Mar 19;387 (10024) :1227-39. doi: 10.1016/S0140-6736 (15) 00234-2. Epub 2015 Sep 15.
- WHO (2018) Preventing Suicide: A Community Engagement Toolkit (小高真美, 竹島正日本語訳：自殺を予防する：地域の取り組みを促進するためのツールキット) <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513791> (最終閲覧日：2023年12月13日)
- WHO (2014) Preventing Suicide: A Global Imperative (自殺予防総合対策センター日本語訳：自殺を予防する：世界の優先課題) <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779> (最終閲覧日：2023年12月13日)
- 高井美智子, 竹島正, 日隈励, 田熊清継, 齋藤寿昭, 松田潔, 岸泰宏, 平泰彦, 古茶大樹, 張賢徳 (2019) 「自損救急搬送と自殺企図, 故意の自傷－神奈川県川崎市における自損救急搬送事例調査を中心に－」『自殺予防と危機介入』第39巻1号. pp35-40
- 竹島正 (2021) 「自殺対策のこの10年から学ぶこと－精神保健と公

- 衆衛生の狭間でー」『精神科治療学』36 卷 8 号. pp863-868
- 竹島正 (2023a) 「第二次世界大戦のメンタルヘルスへの影響 - 自殺に焦点を当てて」竹島正・森茂起・中村江里編著『戦争と文化的トラウマー日本における第二次世界大戦の長期的影響』日本評論社. pp232-244
- 竹島正 (2023b) 「保健領域における心理社会的課題と支援」『臨床心理学スタンダードテキスト』金剛出版 pp708-718
- 竹島正、山内貴史、南島和久、中西三春、坂元昇 (2021) 「都道府県・政令指定都市の自殺対策計画における数値目標の分析」『自殺予防と危機介入』41 卷 1 号、pp25-31
- 竹島正 (2023c) 「こども・若者に安全な自殺対策を」『日本教育』527 号、pp10-13
- 張賢徳 (2021) 「日本自殺予防学会の歴史と今後の展望」『自殺予防と危機介入』第 41 卷 1 号、pp4-7
- 松長麻美、北村俊則 (2015) 「対人関係理論に基づく自殺のリスク評価」『精神科治療学』30 卷 3 号. pp333-338
- 松本俊彦, 小高真美, 山内貴史, 川野健治, 藤森麻衣子, 勝又陽太郎, 赤澤正人, 廣川聖子, 亀山晶子, 白川教人, 竹島 正: 心理学的剖検と今後の方向. 精神保健研究 60: 89-96, 2014.